

# 传统煎药法和自动煎药机煎药法对中药疗效的影响

卢慧清, 缪晓路, 钟少碧

东莞市中医院内三科, 广东 东莞 523005

[摘要] 目的: 观察传统煎药法和自动煎药机煎药法对中药疗效的影响。方法: 选取90例高血压病1级、证型属痰浊中阻型眩晕的患者, 应用随机数字表法随机分成传统煎药法和自动煎药机煎药法组, 2组均使用自拟半夏白术天麻汤, 分别给予传统煎药法或自动煎药机煎药法所煎中药口服, 比较治疗前后血压的变化。结果: 2组降压效果比较, 总有效率传统煎药法组82.2%, 自动煎药机煎药法组62.2%, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。2组治疗后全天收缩压、舒张压与治疗前比较均有不同程度下降, 差异均有统计学意义( $P < 0.05$ ), 而传统煎药法组治疗后血压较自动煎药机煎药法组更低, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。全天收缩压、舒张压下降幅度2组比较, 传统煎药法组降幅大于自动煎药机煎药法组, 差异均有统计学意义( $P < 0.05$ ,  $P < 0.01$ )。结论: 传统煎药法疗效优于自动煎药机煎药法。

[关键词] 传统煎药法; 自动煎药机煎药法; 中药疗效; 高血压病; 眩晕; 痰浊中阻

[中图分类号] R285.6 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2015) 06-0301-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.06.137

随着煎药机的推广、流行, 代煎药在很多医院、药店已经代替了传统的煎药方法而被普遍应用。中药汤剂的煎煮工艺对方剂的质量和临床疗效的发挥都具有重要的作用<sup>[1]</sup>。因此, 不同煎药方式的煎药质量及疗效成为患者和医生关注的问题。现代实验研究基于中药药理学的理论, 多从化学成分煎出率的层面进行传统方法煎液和煎药机煎液比较, 因而得到煎药机优于传统煎煮法、煎药机劣于传统煎煮法以及煎药机无差异于传统煎煮法等不同的结论。中药的根本在于临床治疗效果, 所以对于两种煎药方式的比较, 还可以增加临床疗效的评价。本研究从临床疗效出发, 以自拟半夏白术天麻汤为主方, 比较两种不同煎煮方法所煎得的汤液对痰浊中阻型高血压眩晕的治疗效果, 以对临床选择煎药方式起到一定的指导作用, 结果报道如下。

## 1 临床资料

1.1 诊断标准 中医辨证分型诊断参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[2]</sup>中高血压病辨证分型标准。西医诊断标准参照《中国高血压防治指南2010》<sup>[3]</sup>。不同级别诊室血压相对应的动态血压阈值参照《2011澳大利亚动态血压监测专家共识》<sup>[4]</sup>, 其中高血压1级诊室血压为140/90 mmHg, 相对应的动态血压24 h平均值为133/84 mmHg, 而高血压2级则为148/93 mmHg。

1.2 纳入标准 符合上述中医诊断标准中痰浊中阻型的患者;

符合上述西医诊断标准的高血压病1级; 年龄18~75岁的男性或女性; 未接受降压药治疗的初次就诊患者。

1.3 排除标准 妊娠、哺乳期妇女及服避孕药者; 继发性高血压患者; 合并有心、脑、肝、肾和造血系统等严重原发病; 癔症、精神病患者。

1.4 一般资料 依据诊断标准、遵守纳入标准和排除标准, 选取2012年5月—2014年10月门诊患者, 共90例, 采用随机数字表法将患者随机分为传统煎药法和自动煎药机煎药法组。2组年龄、性别、病程等经统计学处理, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

## 2 治疗方法

选方为自拟半夏白术天麻汤(法半夏、白术、茯苓各15g, 天麻、枳实、石菖蒲、姜竹茹各12g), 疗程均为4周。

2.1 传统煎药法组 指导患者按正确传统煎药方法煎药: 使用传统砂锅, 汤剂煎煮前先将药物浸泡30 min, 头煎用水量以高出药面为度, 加热至沸, 煮沸30 min后, 倾出药液; 第2煎加水量为第1煎的一半, 煮沸20 min后, 取液去渣, 2次煎液混合后分次服用。

2.2 自动煎药机煎药法组 使用YFY-13型密封煎药机(北京东华原医疗设备有限公司), 将待煎煮的药物装入专用药袋, 放入煎煮罐内, 加水至药袋浸透浸泡半小时后煎煮30 min(煎煮过程压力达0.1 MPa, 温度达120℃), 所煎汤药为第1煎,

[收稿日期] 2015-02-20

[作者简介] 卢慧清(1977-), 女, 主管护师, 主要从事内科护理工作。

倒出汤液后加入同量的水,煎煮 20 min 所得煎液为第 2 煎,将 2 次所煎药液混合,使用 YB-200A 型液体包装机(黄冈永安医疗器械有限公司)包装,分次服用。

### 3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 干预前及干预 4 周后进行动态血压监测。24 h 动态血压:日间(6:00-22:00)每 30 min、夜间(22:00-6:00)每 60 min 自动测量血压 1 次,袖带均缚在左上臂。每位患者的开始监测时间及前后 2 次监测条件保持一致,舍弃及重测标准参照 2011 中国血压测量指南。

3.2 统计学方法 所有数据采用 SPSS17.0 统计学软件进行统计学处理。

### 4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 降压达标标准:参照《中国高血压防治指南 2010》<sup>[3]</sup>,即 24 h 动态血压 <130/80 mmHg。达到此标准为有效,否则为无效。

4.2 2 组降压效果比较 见表 1。总有效率传统煎法组 82.2%,自动煎药机煎药法组 62.2%;2 组比较,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),提示传统煎法组疗效优于自动煎药机煎药法组。

表 1 2 组降压效果比较

组别	n	有效	无效	总有效率(%)
传统煎法组	45	37	8	82.2 <sup>①</sup>
自动煎药机煎药法组	45	28	17	62.2

与自动煎药机煎药法组比较,① $P<0.05$

4.3 2 组治疗前后动态血压值比较 见表 2、表 3。治疗前 2 组全天收缩压、舒张压组间比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),提示 2 组治疗前血压具有可比性。传统煎法组及自动煎药机煎药法组各组全天收缩压、舒张压治疗前后比较,差异均有统计学意义( $P<0.05$ ),提示两种煎煮法均起到一定的降压作用。而传统煎法组治疗后收缩压、舒张压均较自动煎药机煎药法组更低,差异均有统计学意义( $P<0.05$ ),提示降压效果较自动煎药机煎药法组好。而全天收缩压、舒张压下降幅度组间比较,差异均有统计学意义( $P<0.05$ ,  $P<0.01$ ),提示传统煎法组降压效果较自动煎药机煎药法组为优。

表 2 2 组治疗前后全天收缩压、舒张压情况比较( $\bar{x}\pm s$ ) mmHg

组别	时间	收缩压	舒张压
传统煎法组	治疗前	140.33±4.82	85.09±4.70
	治疗后	128.49±4.96 <sup>①②</sup>	77.51±4.35 <sup>①②</sup>
自动煎药机煎药法组	治疗前	140.11±4.30	85.58±4.35
	治疗后	132.51±6.59 <sup>①</sup>	80.24±3.55 <sup>①</sup>

与本组治疗前比较,① $P<0.05$ ;与自动煎药机煎药法组治疗后比较,② $P<0.05$

表 3 2 组患者治疗前后降压幅度比较( $\bar{x}\pm s$ ) mmHg

组别	全天收缩压下降幅度	全天舒张压下降幅度
传统煎法组	11.93±5.52 <sup>①</sup>	7.58±5.38 <sup>②</sup>
自动煎药机煎药法组	7.60±5.04	5.33±4.82

与自动煎药机煎药法组比较,① $P<0.01$ ,② $P<0.05$

### 5 讨论

数千年的临床实践及现代科学研究均已证实,汤药煎煮的方式直接影响疗效。

现代中药汤剂的煎煮方式主要有传统砂锅煮药和自动煎药机代煎药。机械代煎以其简便性逐渐取代传统砂锅煮药,现已被医院、药店广泛使用。与西药生产严格遵守药品生产质量管理规范(GMP 标准)不同,代煎药缺少相应的管理制度和操作规程,以至于临床应用中,煎汤质量不能保证。为了提高工作效率,大部分医疗机构代煎过程缺少了传统煎药法中对特殊药物的处理,因其没有先煎、后下等特殊煎煮法,不能保证发挥最佳药物疗效。即使有先煎后下,但由于汤剂是在高温高压下煎制,可降解部分药物的成分,如:钩藤的降压成分属于不耐热物质,经煎煮机的高温高压煎煮后其药效丢失。另外,该法不能够有效依据药材的特点进行时间的调整,这使得部分药物的有效成分不能充分溶出。传统煎煮方法是历代医家经验的积累,对容器的选择、浸泡时间和水质水量都有十分严格的要求,其科学性毋庸置疑。传统煎煮方法常用砂煲,其稳定性可避免煎煮过程与药物成分发生化学反应而降低疗效。同时秉承辨证论治中医思维的传统煎煮法,可以结合药物特点和病情需求,调节煎煮的火候大小、煎煮时间、煎煮次数以及选择性地使用特殊的煎药方法,很好体现出中医用药的个性化特色,因而疗效较自动煎药机煎药法高。

既往研究发现,两种不同煎煮方式会有不同的化学成分煎出率,本研究从临床疗效出发进一步探讨了不同煎煮法对中药方的临床疗效影响,结果提示:传统煎药法疗效优于自动煎药机煎药法。

### [参考文献]

- [1] 束雅春、秦昆明、蔡皓,等. 正交试验优选银翘散最佳传统煎煮工艺[J]. 中华中医药杂志, 2012, 27(10): 2651-2655.
- [2] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 28-31.
- [3] 中国高血压防治指南修订委员会. 中国高血压防治指南 2010[J]. 中华高血压杂志, 2011, 19(8): 701-743.
- [4] Head GA, McGrath BP, Mihailidou AS, et al. Ambulatory blood pressure monitoring in Australia: 2011 consensus position statement [J]. J hypertension, 2011, 30 (2): 253-266.

(责任编辑: 刘淑婷)